

WAS WURDE AUS CHRONISCHEN ALKOHOLIKERN
DIE VON 1958 BIS 1963
IM NERVENKRANKENHAUS MAINKOFEN/NDB.
BEHANDELT WURDEN?

Abdul Hamid Al-Hashimi

1973

INHALTSVERZEICHNIS

WAS WURDE AUS CHRONISCHEN ALKOHOLIKERN
DIE VON 1958 BIS 1963
IM NERVENKRANKENHAUS MAINKOFEN/NDB.
BEHANDELT WURDEN?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

ZUSAMMENFASSUNG
vorgelegt von

LITERATUR
Abdul Hamid Al-Hashimi
aus Bagdad

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof. Dr. H. DIETRICH
Korreferent:	Prof. Dr. H. HIPPIUS
Dekan:	Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 8. 5. 1973



EINLEITUNG INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG	5
B. METHODEN	6
C. ERGEBNISSE	8
1. Altersverteilung	8
2. Verteilung auf Berufe	10
3. Familienstand	12
4. Verlauf des Alkoholismus noch nach 6 Jahren	15
5. Subjektive Gründe für Abstinenz oder Besserung	17
6. Klinische Erscheinungsformen	19
7. Soziale Folgen des chronischen Alkoholismus	21
D. DISKUSSION	22
E. ZUSAMMENFASSUNG	34
F. LITERATURVERZEICHNIS	35
G. LEBENS LAUF	42

Ziel der Fragebogenaktion war es, festzustellen, was aus den Patienten geworden ist, die sich vor 10 - 12 Jahren im Nervenzustandhaus Malschhof/Nbh. wegen chronischem Alkoholismus befanden.

A. EINLEITUNG

Die Untersuchung der Folgen des chronischen Alkoholismus bei entlassenen Patientinnen und Patienten, die sich im Nervenkrankenhaus Mainkofen/Ndb. in den Jahren 1958 bis 1963 stationär aufhielten, erfolgte anhand katamnestischer Erhebungen (von insgesamt 154 Fällen) in Form einer Fragebogenaktion, die vom Februar 1972 bis Ende April 1972 durchgeführt wurde.

Von den 154 abgesandten Fragebögen wurden 40 beantwortet, während 71 den Adressaten nicht erreichten und 43 frühere Patienten bereits verstorben waren. Die Beantwortung von 25 der 71 nicht erledigten Fragebögen erfolgte, indem die Patienten oder deren Angehörige in den niederbayerischen Städten und Landkreisen Deggendorf/Donau, Passau, Osterhofen, Regen, Vilshofen und Viechtach aufgesucht und befragt wurden. 46 Patienten haben nicht geantwortet, da sie entweder nicht auffindbar oder unbekannt verzogen waren. Bei diesen ist eher ein ungünstiger Verlauf zu vermuten, da es sich um Patienten handeln dürfte, die unter den Einflüssen ihrer Sucht Arbeitsstelle und Wohnort häufig wechseln. Über die 43 Verstorbenen konnte nicht in Erfahrung gebracht werden, ob der Tod mit dem Alkoholismus in Zusammenhang stand. Insgesamt wurden 65 Patienten katamnestisch erfasst.

Ziel der Fragebogenaktion war es, festzustellen, was aus den Patienten geworden ist, die sich vor 10 - 12 Jahren im Nervenkrankenhaus Mainkofen/Ndb. wegen chronischem Alkoholismus befanden.

B. METHODEN

Bei der Auswertung des Fragebogens wurden folgende Gesichtspunkte statistisch ausgewertet:

1. Alter und Familienstand
2. Verteilung auf Berufe
3. Verlauf des Alkoholismus: Abstinenz noch nach 6 Jahren, Besserung, unverändert oder verschlechtert
4. Subjektive Gründe für Abstinenz oder Besserung
5. Klinische Erscheinungsformen des chronischen Alkoholismus
6. Soziale Folgen des chronischen Alkoholismus.

Die Tabelle 1, 2 und 6 über Alter, Verteilung auf Berufe und die klinischen Erscheinungsformen des chronischen Alkoholismus wurde aus katamnestischen Erhebungen von 154 Fällen, die Tabelle 3, 4a und 4b, 5 und 7 über Familienstand, Verlauf des Alkoholismus: Abstinenz noch nach 6 Jahren, Besserung usw., subjektive Gründe für Abstinenz oder Besserung und soziale Folgen, wurde aus den in der Einleitung zu ersiehenden 65 Fällen gewonnen.

Für gebessert wurden diejenigen gehalten, die sozial gebessert sind, oder die täglich bis 3 Halbe Bier oder $1/4$ l Wein trinken.

TABELLE 1

	Lebensalter bei Beginn des chronischen Alkoholismus			Insgesamt
	Männer	Frauen		
10 - 19 Jahre	7	1		8
20 - 29 Jahre	14	8		22
30 - 39 Jahre	39	6		45
40 - 49 Jahre	26	9		35
50 - 59 Jahre	29	2		31
60 - 69 Jahre	8	2		10
70 - 79 Jahre	2	1		3

C. ERGEBNISSE

1. ALTERSVERTEILUNG

Die Altersgruppe 30 - 39 ist am stärksten unter den Alkoholikern mit 30,5 % vertreten. Bemerkenswert ist, dass die Altersgruppe der 10 - 19-Jährigen etwa 5,2 % beträgt. Bei dieser jugendlichen Gruppe handelte es sich mehr oder weniger um einen übermässigen Alkoholgenuss, der als Symptom der beginnenden Verwahrlosung zu betrachten ist.

Der jüngste Patient war ein 13-jähriger landwirtschaftlicher Lehrling und der älteste ein 77-jähriger Landwirt. Unter den Frauen waren 6 Mädchen, deren durchschnittliches Alter 22 Jahre betrug. Die Jüngste der Patientinnen war eine Kellnerin, ein 18-jähriges Mädchen, deren Eltern Alkoholiker waren. Dieses Mädchen ging der Prostitution nach.

TABELLE 2

Verteilung auf Berufe				
männliche Alkoholiker	Zahl	in %	weibliche Alkoholiker	Zahl in %
Hilfsarbeiter	37	21,5	Hausfrauen	10 6,5
Handwerker	12	8,0	Kellnerinnen	2 1,5
Kellner	6	4,0	Hausgehilfinnen	3 2,0
Maurer	10	6,5	Facharbeiterinnen	3 2,0
Bierbrauer	5	3,5	Angestellte	6 4,0
Landwirte	11	7,0	Hilfsarbeiterinnen	5 3,5
Beamte	5	3,5		
Lehrlinge	3	2,0		
freie Berufe	8	5,5		
Rentner	16	11,0		
Angestellte	12	8,0		

2. VERTEILUNG AUF BERUFE

Bekanntlich gehören die Berufe Kellner, Bierbrauer und Maurer zu den sogenannten "Alkoholberufen". Der Prozentsatz dieser Berufe nach der Auswertung beträgt etwa 15,5 %.

Die meisten wurden unfreiwillig stationär aufgenommen, d.h., die Aufnahme war gerichtlich nach dem Verwahrungsgesetz geregelt.

Auffallend ist die Zahl der Hilfsarbeiter und der Hilfsarbeiterinnen, die etwa 25 % der Gesamtzahl der Alkoholiker beträgt. Diese stellen 1/4 der Erfassten dar. Der Bildungsstand spielt dabei sicherlich eine Rolle. Die Angestellten sind mit 12 % und die Beamten mit 3,5 % vertreten.

TABELLE 3

Familienstand der männlichen und weiblichen Alkoholiker			
	männliche Alkoholiker	weibliche Alkoholiker	
verheiratet	26 (40 %)	8	(12 %)
ledig	15 (23 %)	3	(4,7 %)
geschieden	8 (12 %)	3	(4,7 %)
verwitwet	1 (1,5 %)	1	(1,5 %)

3. FAMILIENSTAND

Von den 65 auswertbaren Fällen sind etwa 52,3 % verheiratet, 16,7 % geschieden. Der Grund der Ehescheidung liegt hauptsächlich in durch Alkoholismus bedingtem ehewidrigen Verhalten, wie Eifersuchtswahn und Misshandlung der Ehefrau. Die Eifersucht, die eng mit der Zerrüttung der Familie und der Lockerung des seelischen Kontaktes zwischen den Ehepartnern zusammenhängt, spielt eine gtosse Rolle. Von den 65 Fällen wurden bei 29 Eifersuchtsgedanken festgestellt.

Bei einem 40-jährigen Bauarbeiter richtete sich die Eifersucht gegen seine Frau, wenn diese öfters (2 - 3 Wochen) nicht zu Hause war. Interessant ist, dass die Alkoholiker immer eine Ausrede finden, um sich zu betrinken. Ein Alkoholiker schrieb: "er ärgere sich, wenn ihm ein grosser Fisch abkomme, er sei ein leidenschaftlicher Sportangler, deshalb müsse er trinken!"

Es gibt eine Zahl von Alkoholikern, die nicht mit ihren Ehepartnern zusammenleben. Diese wurden mit den Verheirateten ausgewertet.

Der Prozentsatz der ledigen Alkoholiker beträgt 27,7 %. Es ist bekannt, dass Alkoholiker später heiraten als die Durchschnittsbevölkerung. Die Zahl der männlichen Geschiedenen ergibt einen Prozentsatz von 12 % und die der weiblichen Geschiedenen einen Prozentsatz von 4,7 %. Der Prozentsatz der männlichen und weiblichen Geschiedenen ist verhältnismässig gering, obwohl bekannt ist, dass der Prozentsatz der geschiedenen Alkoholiker im Allgemeinen sehr hoch ist.

TABELLE 4a

Verlauf des Alkoholismus noch nach 6 Jahren			
	männliche Alkoholiker	weibliche Alkoholiker	
Aus dem Behandlungsjahr 1958 abstinent geblieben	männliche 1	-	
Aus dem Behandlungsjahr 1959 abstinent geblieben	2	-	
Aus dem Behandlungsjahr 1960 abstinent geblieben	3	2	
Aus dem Behandlungsjahr 1961 abstinent geblieben	2	1	
Aus dem Behandlungsjahr 1962 abstinent geblieben	2	-	
Aus dem Behandlungsjahr 1963 abstinent geblieben	1	1	

TABELLE 4 b

	Zahl	in %
Demnach abstinent geblieben	15	(23 %)
Demnach gebessert	28	(43 %)
Demnach ungebessert	22	(34 %)

4. VERLAUF DES ALKOHOLISMUS NOCH NACH 6 JAHREN

Wie aus der Tabelle 4a ersichtlich ist, konnten nur 11 männliche Alkoholiker und 4 weibliche aus 6 Behandlungsjahren abstinent bleiben, das heisst 23 %.

Abstinent heisst, dass die Patienten nach der Entlassung aus dem Nervenkrankenhaus Mainkofen keinen Alkohol mehr zu sich genommen haben.

Der Prozentsatz der Gebesserten beträgt 43 %. Zu den Gebesserten sind auch solche zu rechnen, die täglich bis 4 Halbe Bier oder 1/2 l Wein trinken. Es war schwierig, die genaue Zahl der Abstinenter und der Gebesserten zu erfassen, da eine grosse Zahl der Patienten sich der Kontrolle entzogen hat. Bei den Ungebesserten handelte es sich bereits um schwere Alkoholiker in der chronischen Phase des Alkoholismus, bei denen die Besserungsaussichten doch recht ungünstig sind. Die Einweisung erfolgte in diesen Fällen meist zwangsweise. Ausserdem weist diese Gruppe eine hohe Kriminalität auf.

TABELLE 5

Subjektive Gründe für Abstinenz oder Besserung	Zahl
Eigene Einsicht	10
Psychopharmaka	5
"Mainkofener Lehre"	8
Exhorran, Antabus	3
Freunde und Verwandte	4
Unterbringung im Heim	3
Eheschliessung	3
Ehescheidung	4
Strafanstalt	2
Religiöse Gründe	1

5. SUBJEKTIVE GRÜNDE FÜR ABSTINENZ ODER BESSERUNG

Was hat den Alkoholiker bewogen, nicht mehr zu trinken, oder weniger zu trinken?

- a) eigene Einsicht
- b) medizinische Behandlung; Tabletten, welche?
- c) religiöse Gründe
- d) Einfluss von Verwandten oder Freunden
- e) Sonstiges

Dabei wurden die Antworten von den Gebesserten und den Abstinenten ausgewertet.

Erstaunlich hoch ist die Zahl der Patienten und Patientinnen, die unter "Mainkofener Lehre" angeführt sind. Es handelt sich dabei um solche Patienten, welche mitteilten, dass der Aufenthalt im Nervenkrankenhaus Mainkofen eine abschreckende Lehre war und sie in das Nervenkrankenhaus nicht mehr eingeliefert werden wollen.

Der Erfolg der Psychopharmaka lag darin, dass die Patienten die Medikamente auch nach ihrer Entlassung ständig eingenommen haben.

Die Therapie mit Antabus wurde früher bereits im Krankenhaus durchgeführt, um eine sogenannte Belastungsprobe des Patienten zu beobachten.

TABELLE 6

Klinische Erscheinungsformen des chronischen Alkoholismus	männliche Alkoholiker	weibliche Alkoholiker
Chronischer Alkoholismus und Eifersucht	68	12
Rauschzustände	30	5
Delirium tremens	12	2
Alkoholische Halluzinose	8	1
Suchten (Morphinismus, Kokainismus)	1	-
Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen, z. B. Schlafmittel	5	5
Epilepsie (idiopathische, symptomatische)	2	-
Schwachsinn	1	-
Schizophrenie	2	-

6. KLINISCHE ERSCHEINUNGSFORMEN DES CHRONISCHEN ALKOHOLISMUS

Der Beginn der Trunksucht bei 68 Männern und 12 Frauen (von 154 auswertbaren Fällen) liegt etwa 8 - 10 Jahre vor der klinischen Aufnahme. Der Eifersuchtswahn spielte dabei insbesondere in der Ehe und Familie eine grosse Rolle, wie z. B. Zerrüttung der Familie, die zur Ehescheidung führte.

Die Ursachen des akuten Rausches waren meistens Familien- und Betriebsfeiern. Diese Alkoholiker wurden von der Polizei aufgegriffen und zur Ausnüchterung in die Arrestzelle oder ins Krankenhaus gebracht. Das Unterbringungsgesetz des Landes Bayern erkennt fürsorgliche Gesichtspunkte für die Anordnung einer zwangsweisen Unterbringung an, wenn Selbstgefährdung oder Gemeingefährlichkeit begründet ist. In den oben genannten Fällen waren die Voraussetzungen gegeben. Die meisten Alkoholiker, die sich unter chronischem Alkoholismus im Nervenkrankenhaus Mainkofen aufhielten, waren unter vorläufige Vormundschaft gestellt, um die Durchführung einer planmässigen Entziehungskur durch das Krankenhaus zu sichern.

Die Fälle von Alkoholdelir, Alkoholhalluzinose, Alkoholismus bei Schwachsinn und bei psychischen Störungen wurden von der Gesamtzahl von 154 ausgewertet. Bei Epilepsie, Schwachsinn und Schizophrenie waren diese Krankheiten primär und der chronische Alkoholismus sekundär gewesen. Bekanntlich tritt eine alkoholische Epilepsie als Folge des chronischen Alkoholismus auf.

TABELLE 7

Soziale Folgen des chronischen Alkoholismus	männliche Alkoholiker	weibliche Alkoholiker	in %
Rentner	14	3	26,1
Unterbringung in Pflegeanstalt	7	1	12,3
Die Arbeitsstelle gewechselt	14	6	30,7
Den Beruf gewechselt	9	3	18,4
Sozialhilfeeinpfänger, Arbeitslose	4	1	7,7
In Strafanstalt (wegen krimineller Delikte)	2	1	4,6

7. SOZIALE FOLGEN DES CHRONISCHEN ALKOHOLISMUS

Etwa die Hälfte der Rentner ist frühzeitig erwerbsunfähig geworden, da der Alkohol fast in allen Fällen der Erwerbsunfähigkeit eine Rolle spielte.

Es ist aus der Tabelle 7 ersichtlich, dass die Zahl derjenigen Patienten, welche die Arbeitsstelle und den Beruf gewechselt haben, gross ist. Der Grund liegt darin, dass es Differenzen zwischen dem Alkoholiker und dem Arbeitgeber, bzw. den Arbeitskollegen gab.

Die Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosen waren nicht in der Lage, ihrer Arbeit infolge des chronischen Alkoholismus nachzugehen. Diese erhielten Arbeitslosenunterstützung. Die Unterbringung in einer Pflegeanstalt erfolgte auf Grund des schlechten Gesundheitszustandes, Leberzirrhose, Fettleber, vegetative Störungen, Polyneuropathie und Alkoholpsychose. Von den Fällen sitzen 2 in einer Strafanstalt, einer versteckte sich in München, um einer Gefängnisstrafe zu entgehen. 4 Patientinnen haben sich angeblich durch den Berufs- und Stellenwechsel sogar nach der Entlassung aus dem Nervenkrankenhaus Mainkofen in finanzieller und beruflicher Hinsicht gebessert.

D. DISKUSSION

JELLINEK definierte den Alkoholismus als "jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der einem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt".

Diese Definition hat mehr eine soziale Bedeutung, da in früheren Jahrhunderten der Alkoholismus unter ethischen und religiösen Gesichtspunkten betrachtet wurde (FEUERLEIN). Im Islam sah Mohammed Trunkenheit als gefährlich an, weil sie Konflikte heraufbeschwört. Er fürchtete für die Einheit seiner Kirche und bangte um die korrekte Einhaltung religiöser Rituale (BALES). Die totale Abstinenz, die Mohammed erreichen wollte, würde aus sozialen und aus medizinischen Gründen (Gottlosigkeit, Krankheiten, Armut, Verbrechen und Unmoral) gefährdet.

Die orthodoxen Juden trinken Alkohol (hauptsächlich Wein) aus rituellen Gründen und auch im familiären Alltag. Die sakrale Bedeutung des Alkohols macht Trunkenheit für den orthodoxen Juden unmöglich, weil er damit seinen Gott beleidigen und sich selbst beschmutzen würde (8, 25).

Bei den Chinesen fehlt die religiöse Bedeutung des Alkohols. Man trinkt häufig, vor allem zum Essen; auch Kindern wird früh Alkohol gereicht. Alkohol ist für die Chinesen ein Getränk, das bis zu einem gewissen Grade die Geselligkeit fördert und eine freundschaftliche Atmosphäre schafft (PITTMANN).

Heute liegen bei den meisten Alkoholikern utilitaristische, nicht aber religiös-rituelle Motive zu Grunde, wie oben erwähnt wurde.

BALES meint, dass diese Motive direkte psychische Gratifikationen des Individuums intendieren und tolerieren (8, 25). Als Beispiel bringt SOLM die irischen Trinksitten, die utilitaristische Motive haben. Der

konsumierte Whisky wird vor allem wie ein Medikament genossen, nämlich als Kraft-, Kalorien- und Schlafspender und als Schutz gegen Hunger und Kälte.

Ausserdem wird der "Alkoholrausch gewollt herbeigeführt zum lustbetonten Abreagieren sexueller und aggressiver Spannungen, zum Verscheuchen von Kummer und Leid". Nach einer Untersuchung von dem Psychiater WIESER im Bundesland Bremen im Jahre 1968 über das Trinkverhalten der allgemeinen Bevölkerung bei 54 % Männer und 36 % Frauen bejahen diese solche Vorgaben wie: "Ich spüre, dass Alkohol mir gut tut" bei niedergedrückter Stimmung zur Entspannung um sorgenvolle Gedanken los zu werden zur Anregung bei grossem Kummer". GIESE bezeichnet den Alkohol mit Recht als "Mutterprothese".

Es gibt eine Gruppe von Menschen, wie z. B. die Nordamerikaner, die den Alkohol (Whisky) als Tranquilizer oder Stimulans betrachten, dessen schnelle und starke pharmakologische Wirkung von abgekämpften und erschöpften Menschen gesucht wird, um Entspannung oder Anregung zu finden (I need a drink to relax) (SOLM).

Auf einer stattgefundenen Tagung im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau über Alkoholismus im Jahre 1968 wurde festgestellt, dass 80 - 100 g Alkohol täglich die Grenze der Verträglichkeit darstellen (14). Das entspricht 1 l Wein, 6 Flaschen Bier oder 0,25 l Weinbrand.

JELLINEK teilte den Alkoholismus im Jahre 1946 in 3 Formen ein (Alfa-, Beta- und Gamma-Alkoholismus). Zum Alfa-Alkoholismus gehört der sogenannte Konflikttrinker (Problemtrinker). Dieser ist im Gegensatz zum Genusstrinker dadurch gekennzeichnet, dass sein Alkoholmissbrauch nicht nur sozial, sondern individuell, psychologisch, bzw. psychopathologisch motiviert ist (53). Der Beta-Alkoholiker kann

längere Zeit Abstinenz halten, die aber immer wieder durch Trinkexzesse von tagelanger Dauer unterbrochen wird. Beim Gamma-Alkoholiker, dem sogenannten Gewohnheitstrinker, ist das Bild des chronischen Alkoholismus ausgeprägt.

JELLINEK und ROTTER teilen den Alkoholismus in drei Phasen ein:

- I. die Prodromal-Phase,
- II. die exzessive Phase,
- III. die chronische Phase.

Die Prodromal-Phase ist als abnorme Entwicklung des Trinkverhaltens und des Trinkstiles zu betrachten. Bei später Süchtigen sind schon im frühkindlichen Verhalten, aber auch während der Lehrzeit Zeichen abnormer Persönlichkeiten (gesteigerte Verletzbarkeit, Unausgeglichenheit und Neigung zu rascher Entmutigung) auffindbar (ROTTER). Das Trinken erfolgt auch im Rahmen der jeweiligen Trinksitten, z.B. Fernsehen, bei Betriebs- oder Familienfeiern.

Die sinnlose oder exzessive Berauschung lässt aber auch den Schluss zu, dass dem Patienten eine Konfliktlösung nur noch im Rausch möglich sei. ROTTER meinte, dass "die meisten mit Ausreden jederzeit Erklärungen für ihr Trinken zur Hand haben". Zu Beginn dieser Phase lebt der Patient zunehmend nach dem "Alles-oder-Nichts-Gesetz". Dadurch verändert sich der Lebensstil, die Einstellung zur Arbeit und zur Familie. Immer öfter erfolgen Entgleisungen und straffällige Taten.

In der chronischen Phase scheinen die Patienten sozial und familiär angepasst. Sie trinken zumeist mässig, aber regelmässig, meiden den Exzess, sind aber ständig alkoholisiert und können kaum einige Stunden voll abstinieren. Familiäre Depravation ist in dieser Phase erkennbar. Ausserdem treten organische Veränderungen ein.

Aus meiner Untersuchung im Nervenkrankenhaus Mainkofen ergibt sich, dass der chronische Alkoholismus von der Gesamtzahl der Fälle (154) etwa 52 % beträgt; einen ähnlichen Prozentsatz hat PANSE in Düsseldorf errechnet.

LUNDQUIST berichtet von einer Untersuchung im Karolinska-Hospital in Stockholm im Jahre 1972, dass von den Patienten, die vor 8 - 9 Jahren das Hospital zur Behandlung aufgesucht hatten, 30 % chronische Alkoholiker waren.

In der chronischen Phase des Alkoholismus treten organische Veränderungen auf (1, 30, 45). Die Abstinenzsymptome stehen subjektiv im Vordergrund: Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schwitzen, körperliche Erschöpfung, Verdauungs-, Potenzstörungen und innere Unruhe. Ausserdem waren zu beobachten: Tremor der Hände, Schmatz-, Kau- und Zungenwälzbewegungen und das Risoriusphänomen (eine periorale Gesichtsunruhe, welche sich, sobald der Patient zu lächeln ansetzt, zum Lippen- und Gesichtsflattern steigert) (ROTTER).

Die alkoholische Halluzinose folgt den Abstinenzsymptomen im Rahmen einer organischen Defekthase: Die Patienten erleben massenhafte Halluzinationen akustischer Art, hören gute oder böse Stimmen, die sie beschimpfen, bedrohen oder zum Trinken auffordern. Auch optische Halluzinationen kommen vor, wie Schatten, graue Gespenster, Tiere huschen durch den Raum. Im Unterschied zum Delirium tremens sind die alkoholischen Halluzinose-Patienten zeitlich, örtlich und zur Person orientiert. Nach der Auswertung von 154 Fällen beträgt die alkoholische Halluzinose 5,8 %, das Delirium tremens dagegen 9 % (FEUERLEIN 12 %).

Das Alkoholdelir tritt bei Alkoholikern meistens im fortgeschrittenen Stadium ein, das sog. provozierte Delir nach einem plötzlichen Toleranzbruch, d. h., bei Patienten, die nach einem plötzlichen, unwillkürlichen Alkoholentzug in ein Delir hineinrutschen, z. B. wegen Beinbruchs in eine Klinik kommen (L. BÖSCH).

Das provozierte Alkoholdelir hat eine günstigere Prognose als das unprovozierte. Die schlechtere Prognose des unprovozierten Alkoholdelirs, die von FEUERLEIN und später von BREITENHAUPT und HELBIG beschrieben wurde, beruht auf der länger einwirkenden toxischen Schädigung des Alkohols. Dagegen darf man annehmen, dass die verbesserten Behandlungsverfahren beim provozierten Alkoholdelir zur Besserung der Prognose geführt haben (18, 20, 28, 40). FEUERLEIN berichtet, dass die Art der bevorzugten alkoholischen Getränke von grosser Bedeutung für die Entstehung eines Alkoholdelirs ist: 61 % der Alkoholdelir-Patienten sind Schnapstrinker. Der Prozentsatz der "reinen" Bier-Delirien ist mit 11 % verhältnismässig niedrig. Die Gesamtletalität des Alkoholdelirs wurde mit 16 % angegeben.

Das Alter der Alkoholiker liegt zwischen 10 - 80 Jahren. Den grössten Teil dieser Alkoholiker bilden die 30 - 39-Jährigen mit 30,5 %, dann folgen die 40 - 49-jährigen Männer, bei den Frauen die 40 - 49-Jährigen. Der Prozentsatz der jugendlichen Alkoholiker zwischen 10 und 19 Jahren beträgt etwa 5,2 %. Es handelt sich wahrscheinlich um Jugendliche, die das übermässige Trinken gewöhnt sind. Es ist bekannt, dass in der Jugend ein chronischer Alkoholismus im eigentlichen Sinne selten ist. Wenn Alkohol vom Einzelnen im erheblichen Masse getrunken wird, so wird man, wie v. KEYSERLING meint, am besten an eine voralkoholische Phase denken.

Was den Familienstand der Alkoholiker betrifft, so beträgt der

Prozentsatz meiner ledigen männlichen Alkoholiker 23 % (FEUERLEIN 29 %). Es handelt sich meistens um unterschichtige Alkoholiker. Ihr auffallend häufiges Ledigsein wird mit psychischen Eigentümlichkeiten erklärt, wie Unfähigkeit zu dauerhafter und echter Bindung oder Kontaktfähigkeit (K. GUNDEL). Bei den ledigen weiblichen Alkoholikern (4,7 %), die eine Ehe nicht eingehen, kommt auch eine "bewusste" Entscheidung in Frage, da diese Personen materiell und emotional weniger auf die Ehe angewiesen sind (25).

Der Quotient männlicher und weiblicher Alkoholiker betrug in den Jahren 1958 bis 1963 in Mainkofen 30/1 und in den ersten 6 Monaten des Jahres 1972 6/1. WIESER gab das Verhältnis in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz mit 10/1, in Finnland 15/1, in England 2/1 und in Schweden 23/1 an. FEUERLEIN gab das Verhältnis im Raum München mit 3,8/1 an, d.h. 27 % der Alkoholiker sind Frauen.

Die Auswertung meiner Untersuchung ergab, dass im Raume Niederbayern 2 von 29 Alkoholikerinnen der Prostitution nachgehen. KRAEPELIN fand im Jahre 1905 in der Psychiatrischen Klinik in München unter den Alkoholikerinnen besonders hervortretend "die ehemaligen Kellnerinnen und Dienstmädchen in Wirtschaften Ausserdem bestehen unverkennbare Beziehungen zur Prostitution" (25).

Der Prozentsatz der weiblichen Alkoholikerinnen beträgt etwa 18 %. Die trinkende Frau weist in der Regel eine pathologischere Persönlichkeit auf als der männliche Alkoholsüchtige, sie wird von der Gesellschaft weniger akzeptiert. BERNER und SOLM erwähnen, dass die alkoholsüchtige Frau in neurotischer Weise ihre weibliche Rolle ablehnt und nicht imstande ist, diese neurotische Ablehnung zu demonstrieren, d.h. Alkohol "in männlicher Weise zu sich zu nehmen".

FEUERLEIN berichtet von einem besonderen Typ von Alkoholikerinnen, den sogenannten "Grünen Witwen"; es sind gut situierte Frauen, meist verheiratet mit wohlhabenden, vielbeschäftigten Männern. Diese Frauen bekämpfen ihre Einsamkeit und Langeweile tagsüber mit Alkohol.

Die Berufe der Hilfsarbeiter, Handwerker und Landwirte sind unter den Alkoholikern mit 34 % stark vertreten. Dazu kommen die sogenannten Alkoholberufler (Kellner, Bierbrauer, Maurer). Der Prozentsatz dieser Gruppe beträgt 15,5 %. Die Untersuchung von FEUERLEIN im Raum München ergab 11 %. Er berichtet, dass der Prozentsatz der Angehörigen alkoholnaher Berufe im Durchschnitt der Bundesrepublik nur 2,7 % aller männlichen Erwerbstätigen beträgt, in Österreich z. B. 12,5 %.

Etwa 28 % der Alkoholiker, die sich von 1958 bis 1963 im Nervenkrankenhaus Mainkofen aufhielten, sind inzwischen verstorben, meistens an den Folgen des Alkoholismus, wie z. B. Leberzirrhose, Fettleber und Polyneuropathie, ohne dass die Todesursache den Angehörigen bekannt war.

Eine Besserung oder Abstinenz konnte durch verschiedene Faktoren, wie eigene Einsicht, Psychopharmaka, den Einfluss von Freunden und Verwandten erzielt werden; auch Ehescheidung und Eheschliessung waren einige der Gründe, die einen Wandel der Einstellung zur Sucht brachten.

Der Prozentsatz der gebesserten Patienten beträgt nach meiner Auswertung 43 % (LUNDQUIST vom Karolinska-Hospital in Stockholm gab den Prozentsatz der Gebesserten mit 30 % an). Die ungebesserten Patienten ergaben 34 % (LUNDQUIST 20 %).

Der Prozentsatz der Sozialhilfeempfänger beträgt etwa 7,7 %. Die Zahl derjenigen, welche die Arbeitsstelle und den Beruf häufig gewechselt haben 30,7 %, bzw. 18,4 % der auswertbaren Fälle. Meist war

wohl der Alkohol der Grund des Arbeitsplatz- oder Berufswechsels.

Die Zahl der Selbstmorde konnte nicht erfasst werden, da keine genauen Angaben der Todesursache der 43 Verstorbenen vorliegen.

Die Unterbringung in einer Pflegeanstalt erfolgte auf Grund des schlechten Gesundheitszustandes (chronischer Alkoholismus) oder des hohen Alters. Diese Zahl beträgt 12,3 % (KIELHOLZ 24 %). Die Hälfte der 17 frühzeitig gewordenen Rentner leidet unter chronischem Alkoholismus und dessen Folgen.

Der Prozentsatz der Alkoholiker in der Bundesrepublik Deutschland beträgt nach einer Schätzung von FEUERLEIN 1 - 2 % der Gesamtbevölkerung, in Schweden 4,9 % (G.LUNDQUIST).

Die Kriminalität der Alkoholiker steigt mit dem Alkoholverbrauch an. Im "Raum Mainkofen" beträgt der Prozentsatz der kriminellen Alkoholiker 4,6 %. Der Grund liegt darin, dass der soziale Verfall den Alkoholiker überwiegend zu Vermögensverbrechen und zur sogenannten "kleinen Kriminalität" führt (v.KEYSERLING). In Schweden betrugen die Trunkenheitsdelikte im Jahre 1960 12,8 von 1000 Einwohnern (LUNDQUIST).

In der Therapie des Alkoholismus sind zwei Behandlungsmethoden bekannt:

1. die Chemotherapie zur künstlichen Erzeugung einer Alkoholintoleranz
2. die sogenannte Aversionstherapie mit dem Ziel der Erzeugung eines gegen den Alkoholenuss gerichteten "bedingten Reflexes".

Der Hauptvertreter der Chemotherapie ist das Präparat Disulfiram, bekannt als Antabus. Chemisch gleichartig sind Abstinyl, Aversan, Esperal, Exhorran und Refusal. Diese Mittel sind seit 23 Jahren bekannt; das Prinzip ihres Wirkungsmechanismus ist nicht restlos geklärt. STEINBRECHER erwähnt, dass Disulfiram in Verbindung mit kleinen Alkoholmengen deren Toxizität steigert und qualitativ verändert, so dass eine andersartige klinische Symptomatik resultiert als beim alleinigen Alkoholkonsum. Es handelt sich um eine subjektiv außerordentlich unangenehmes Syndrom: Blutandrang zum Kopf mit dem Gefühl starken Drucks und der Hitze und den objektiven Zeichen der Kongestion, Stenocardie, Blutdruckabfall und Pulsbeschleunigung mit Kollapsneigung, Schwindelgefühle, Übelkeit und sehr oft Erbrechen.

Die oben genannte Entwöhnungsbehandlung dient als Hilfsmittel, kann aber wichtigere Massnahmen nicht ersetzen. WIESER vertrat die Ansicht, dass beim Alkoholismus "nur der therapeutische Einsatz auf breiterer Front dem komplexen Geschehen Rechnung zu tragen vermag".

Die Behandlung mit Disulfiram soll im Rahmen therapeutischer Gesamtbemühungen in "beigeordneter Stellung" (53) durchgeführt werden, diese Behandlung kann der Hausarzt später in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt durchführen (WIEDEMANN). Auch eine Kontrolle kann durch die nähere Umgebung, im allgemeinen durch den Ehepartner oder andere Familienangehörige, Arbeitgeber oder verlässliche Freunde erfolgen.

Man muss auch an Kontraindikationen und das Auftreten von Disulfiram-Psychosen bei langdauernder Entwöhnungstherapie denken. Die wichtigsten Kontraindikationen sind: Myocardschäden, Coronarsklerose, Aortensklerose, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Thyreotoxikose, Leberzirrhose, Diabetes, Nephrose, Gravidität und Epilepsie (55). Nach

einer Teamarbeit aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München war zu belegen, dass die elektrische Aversion der konventionellen Therapie (z. B. medikamentöse Behandlung, Arbeits-, Gruppen- oder Gesprächstherapie) überlegen ist (BRENDELMANN).

Die Elektro-Aversion-Behandlung ist eher als Teil- oder Vortherapie anzusehen, die zwar selber eine grosse Effektivität zeigt, jedoch durch zusätzliche therapeutische Massnahmen ergänzt werden muss (15).

Die positive Kontrolle aus Familie und Arbeitsplatz und der Selbstkontrolle spielt ebenso eine grosse Rolle. STEINBRECHER und andere vertreten die Auffassung, dass die Aversionstherapie (Emetin und Apomorphin) der Antabusbehandlung nicht überlegen ist. In Mainkofen hat man hauptsächlich die Patienten mit den bekannten Präparaten behandelt.

Die Rehabilitation Alkoholkranker ist ein wichtiger Beitrag zur Wiedereingliederung der Alkoholiker in der Gemeinschaft und ein wichtiger Faktor zur Bekämpfung des Alkoholismus und dessen Folgen.

ROTTER hat zur Rehabilitation 4 Gesichtspunkte aufgestellt:

1. ärztliche Therapie
2. Methoden der Sozialarbeit
3. freiwillige Helfer
4. juristische und verwaltungstechnische Massnahmen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehört die allgemeinmedizinische Untersuchung, die sozialmedizinische, psychiatrische, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung. Die Mitarbeit eines Psychiaters ist wichtig.

Im Krankenhaus Mainkofen leitet der Leiter der alkoholischen

Station die Psychotherapie selbst. Zu den Methoden gehört die Einzeltherapie und die Gruppentherapie. Zur Sozialarbeit gehört die nachgehende Betreuung und allgemeine fürsorgerische Tätigkeit wie Karteführung, Hausbesuche und Behördenkontakt (19).

Zu den wichtigsten Helfern gehört die Selbsthilfeorganisation ehemaliger Alkoholiker, sowie einige konfessionelle Organisationen. Die Zahl der organisierten AA in der Bundesrepublik beträgt 3000. Die Zahl der Alkoholiker aber 600 000, die Dunkelziffer ist etwa 1,5 Millionen. Die AA sind in 90 Ländern organisiert. Sie treffen sich in Gruppen und sprechen sich mit den Vornamen an. Sie haben die sogenannten "12 Schritte" als Übungsanweisungen für einen neuen Lebensweg. Im Raum Niederbayern sind die AA leider noch nicht organisiert; es sind aber zur Zeit Kontakte zwischen dem Leiter der alkoholischen Station im Nervenkrankenhaus Mainkofen und einer Münchner Gruppe der AA zum Zweck der Organisation in Niederbayern im Gange. Die Arbeitsleistung und die Erfolge der AA müssen gefördert und anerkannt werden.

Der Alkoholismus ist als sozial-medizinisches Problem seit Jahrzehnten bekannt. Manche Autoren bezeichnen ihn als Zivilisationskrankheit. Im Jahr sterben in aller Welt tausende von Menschen, die als Opfer des Alkoholismus zu bezeichnen sind. Fast alle Staaten geben Millionen aus, um den Alkoholismus zu bekämpfen oder dessen Folgen zu beseitigen. Viele Mediziner, Soziologen und Wissenschaftler bemühen sich, das Übel zu analysieren und zu bekämpfen. V. KEYSERLING erwähnt eine Massnahme zur Bekämpfung des Alkoholismus durch eine drastische Preiserhöhung der alkoholischen Getränke. Diese Massnahme wurde auch in der Sowjetunion mittels 50 %iger Preiserhöhung durchgeführt.

V. KEYSERLING erwähnt weiter, diese Massnahme genüge nicht; man

müsste Aufklärungsarbeit durchführen, überzeugen, nicht verbieten. FEUERLEIN ist derselben Auffassung und hat recht, wenn er schreibt, dass "das Hochziel einer alkoholfreien Gesellschaft sich nicht verwirklichen lässt. Der Alkohol ist der Bestandteil von vielen, zum Teil ehrwürdigen Riten und Bräuchen, auf die wir nicht im Ganzen verzichten wollen und können. Unsere Gesellschaft muss sich damit abfinden, mit dem Alkohol zu leben".

E. ZUSAMMENFASSUNG

Bei 154 Patienten mit chronischem Alkoholismus der Jahrgänge 1958 bis 1963 aus dem Nervenkrankenhaus Mainkofen/Ndb. wurden 6 Gesichtspunkte statistisch ausgewertet: 1. Alter und Familienstand, 2. Beruf, 3. Heilung und Besserung, 4. subjektive Gründe für Abstinenz oder Besserung, 5. klinische Erscheinungsformen des chronischen Alkoholismus, 6. soziale Folgen des chronischen Alkoholismus.

Die Altersgruppe 30 - 39 Jahre war mit 30,5 % am stärksten vertreten. Der Prozentsatz der geschiedenen männlichen Alkoholiker beträgt 12 % und der weiblichen 4,7 % (K. GUNDEL: 21 % und 24 %). Die sogenannten Alkoholberufler (Bierbrauer, Kellner, Maurer) waren mit 15,5 % vertreten (FEUERLEIN 11 %). 23 % der chronischen Alkoholiker sind nach der Entlassung aus dem Nervenkrankenhaus Mainkofen abstinent geblieben (C. WENDL 22,6 %). 43 % gehörten zu den Gebesserten (G. LUNDQUIST 30 %) und zu den Ungebesserten 34 % (G. LUNDQUIST 20 %). 52 % der Patienten litten unter chronischem Alkoholismus, 5,8 % an alkoholischer Halluzinose und 9 % hatten ein Alkohol-delir (W. FEUERLEIN 12 %). 37,7 % der Alkoholiker hatten wiederholt die Arbeitsstelle und 18,4 % den Beruf gewechselt. Der Prozentsatz der Sozialhilfeempfänger betrug 7,7 %.

Von 154 Patienten sind 43 verstorben, die Todesursache war nicht zu erfassen.

12,3 % sind in einer Anstalt dauernd untergebracht.

F. LITERATURVERZEICHNIS

1. ALLERT, M.L.:
Alkoholismus und Leberzirrhose.
Med. Klinik 50 (1955), 1815
2. ALSEN, V.: Euphorie.
A. Hühig, Heidelberg 1960
3. ALZHEIMER, A.:
Das Delirium alcoholicum.
Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 27 (1904), 437
4. ALZHEIMER, A.:
Alkoholismus.
In: E. Kraepelin: Einführung in die Psychiatrische
Klinik,
4. Aufl., Bd. II, 1921
5. ARMSTRONG, R. W. and J. GOULD:
The nature and treatment of delirium tremens and
allied conditions.
J. ment. Sci. 101 : 70-84, 1955
6. BACON, S. D.: The administration of alcoholism rehabilitation
programs.
Quart. J. Stud. Alc. 10 (1949), I
7. BACON, S. D.: Alcohol, Science and Society.
New Haven 1945
8. BALES, R. F.: Cultural differences in rates of alcoholism.
In: Quart. 7. Stud. Alc. Vol. 6, 1946,
McLarthy (Hrsg.) 1959
9. BAUMGARTEN, R. v.:
Alkoholismus.
Verh. dtsch. Ges. Path. 1907, Dresden
10. BERNER, R., W. SOLMS:
Alkoholismus bei Frauen.
Wien. Z. Nervenheilk. 6 (1953), 275

11. BILZ, R.: Das Belagerungserlebnis in der Alkoholhalluzinose.
Nervenarzt 27 (1956), 402
12. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
9. Aufl., J. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg,
1955
13. BLEULER, M.: Etiology of chronic alcoholism.
E.C. Thomas, Springfield, 1955
14. BÖSCH, L.: Behandlungserfolge bei Alkoholikern im Nerven-
krankenhaus Kaufbeuren anhand katamnestischer
Erhebungen im Nervenkrankenhaus Gabersee/Obb.
Sept. 1969
15. BRENGELMANN, C. J.:
Elektroaversion.
Medical Tribune, Nr. B 22/Juni 72
16. COLMANT, H. J.:
Encephalopathien bei chronischem Alkoholismus.
Enke, Stuttgart 1965
17. DIETRICH, H. und H. HERLE:
Über Alter, Sozialschicht, Mobilität und Wohnart
chronischer Alkoholiker.
Kölner Z. Soziol. 15 : 277-294, 1963
18. FEUERLEIN, W.:
Klinisch-statistische Untersuchungen über die Ent-
stehungsbedingungen und die Prognose des Alkohol-
delirs.
Der Nervenarzt 38 (1967), 206
19. FEUERLEIN, W.:
Der Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht.
7. Fortbildungstagung 19. Sept. 1969 im NKH Gaber-
see/Obb.
20. FEUERLEIN, W.:
Die Prognose des Alkoholdelirs.
Nervenarzt 30 (1959), 38
21. GABRIEL, E.: Über die Ursachen des Alkoholismus.
Psychiat. Neurol. Wschr. 8, 9, 10 (1933)

22. GABRIEL, E.: Die Süchtigkeit: Psychopathologie der Suchten.
Neuland-Verlag, Hamburg 1962
23. GASTEIGER, H.:
Erscheinungsformen und Folgezustände des Alkoholismus aus klinischer Sicht.
7. Fortbildungstagung 19. Sept. 1969 im NKH Gabersee/Obb.
24. GLIEDMANN, L. H., D. ROSENTHAL, H. T. NASH:
Group Therapy of alcoholics with concurrent group meetings of their wives.
Quart. J. Stud. Alc. 17 (655-760), 1956
25. GUNDEL, K.: Vergleich der Soziogenese des weiblichen und männlichen Alkoholismus anhand einer Sekundär-Analyse klinischer Daten.
Inaugural-Dissertation der Philosoph. Fak. d. Universität München von 1972
26. GOLDFARB, A. J., S. BERMAN:
Alcoholism as a psychosomatic disorder.
Quart. Stud. Alc. 10 (1949), 415
27. GRÜNER, O.: Untersuchungen über die Beeinflussbarkeit der Alkoholresorption durch psychische Faktoren.
Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 45 : 401-413, 1956
28. HAASE, H. J.: Das Delirium tremens.
Med. Klin. 51 (1956), 956
29. HÄNDEL, K.: Die Alkoholkriminalität im Entwurf 62 des Strafgesetzbuches.
Suchtgefahren 10 (1964), 2
30. HOFF, H.: Der akute und der chronische Alkoholismus.
Med. Klin. 49 (1954), 1425, 1461
31. JACKSON, H. K.:
Alcoholism and the family.
In: Pittman, D. H. and Snyder, C. R.
eds. Society Culture and Drinking Patterns. pp.
472-492, New York, Wiley 1962

32. JELLINEK, E. M. :
The concept of Alcoholism.
Yale centre of Alc. Stud., New Haven, Hillhouse
Press, 1960
33. JELLINEK, E. M. :
Phase of Alcohol Addiction.
Quart. J. Stud. Alc. 13 (1952), 673
34. JELLINEK, E. M. :
Zit. in: S. Habernoll: Das Problem des Alkoholismus.
Unterausschuss der WHO.
G. Thieme, Stuttgart 1956,
Schrift a. d. Gebiete d. Öffn. Gesundheitswesens,
Bd. III
35. KEYSERLING, H. v. :
Der Alkoholismus als soziales Problem.
Fischer, Jena 1959
36. LUNDQUIST, G. A. R. :
Vom Stockholmer Karolinska-Hospital, von 200
männlichen Alkoholikern nur 28 % rehabilitiert.
Medical Tribune Nr. B 22/Juni 1972
37. LAUBENTHAL, F. :
Zur Psychologie und Pathogenese der Suchterkrankungen.
Dtsch. med. J. 8 (1957), 587
38. LAUBENTHAL, F. :
Sucht und Missbrauch.
Thieme, Stuttgart 1964
39. LEVY, R. I. : The psychodynamic functions of alcohol.
Quart. J. Stud. Alc. 19, No. 4, 1958
40. LOLLI, G. : Alcoholism is a medical problem.
Bull. N. Y. Acad. Med. 31 : 876-885, 1955
41. MACHOVER, S., F. S. PUZZO:
Clinical and objective studies of personality variables in alcoholism. 1. Clinical investigation of the
"alcoholic personality".
Quart. J. Stud. Alc. 20 (1959), 505

42. McLOED, L. D.:
Alcohol and Alcoholism.
WHO Techn. Report Series No. 94 (1954)
43. McCALL, A. J.:
The pathology of alcoholism.
Med. Pr. 209 (1953), 315
44. MAYER, H.: Das Problem des Alkoholismus.
A. Habernoll, Stuttgart 1956
45. MÜLLER, W.: Krankheiten als Folge von Süchtigkeit und Sucht
von Alkohol, sonstigen Genussstoffen und Medika-
menten in Sucht und Missbrauch.
Laubenthal 1964, G. Thieme.
46. PITTMAN, D. J., Ch. R. SNYDER:
Society, Culture and Drinking Patterns.
Wiley, New York - London 1962
47. POHLISCH, K.:
Soziale und persönliche Bedingungen des chroni-
schen Alkoholismus.
G. Thieme, Leipzig 1933
48. ROTTER, H.: Die Bedeutung des alkoholischen Milieus für den
Alkoholismus.
Wr. Med. Wschr. 12 : 236-239, 1957
49. ROTTER, H.: Alkoholismus als sozialmedizinisches Problem.
Wr. Med. Wschr. 28 : 478-483, 1961
50. ROTTER, H.: Therapie und Prognose des Alkoholismus.
Brit. J. Addict. 61 : 211-228, 1966
51. SCHNEIDER, K.:
Klinische Psychopathologie.
6. Aufl., G. Thieme, Stuttgart 1962
52. SOLMS, W.: Ursachen der Trunksucht.
Wien. Z. Nervenheilk. 9 : 69-75, 1954

53. SOLMS, H.: Soziologische, kulturelle, wirtschaftliche und regionale Verschiedenheiten des Alkoholkonsums und der alkoholischen Störungen
In: Sucht und Missbrauch von Laubenthal
G. Thieme, Stuttgart 1964
54. STAEHELING, J. E.: Die Ursachen des Alkoholismus in der Schweiz.
In: Die Alkoholfrage in der Schweiz.
B. Schwabe, Basel 1943
55. STEINBRECHER, W.: Zusammenfassende Anmerkung zur Chemotherapie und Aversionstherapie des chronischen Alkoholismus (Indikationen, Technik, Komplikationen),
In: Sucht und Missbrauch, Laubenthal,
G. Thieme, Stuttgart, 1964
56. THOMPSON, G. N.: Acute and chronic alcoholic conditions.
In: American Handbook of Psychiatry.
Basis Books, Inc., Publ. New York 1959
57. WENDL, C.: Erfahrungen mit Alkoholkranken in offenen Heilstätten.
7. Fortbildungstagung 19. Sept. 1969 im NKH Gabersee/Obb.
58. WIESER, S.: Alkoholismus 1940 - 1959.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 30/169, 1962
59. WIESER, S. und P. BAIER: Fortschritte in der Klinik und Therapie des chronischen Alkoholismus.
Dtsch. med. Wschr. 87 : 150, 1962

Für die Überlassung des Themas, die freundliche und tatkräftige Hilfe, sowie für seine wertvollen Anregungen danke ich Herrn Prof. Dr. H. Dietrich sehr herzlich.

Besonderen Dank möchte ich auch Herrn Med. Dir. Dr. A. Fuchs sagen, der diese Arbeit wohlwollend gefördert hat.

G. LEBENSLAUF

Am 21.12.1937 wurde ich, Abdul Hamid Al-Hashimi, in Bagdad/Irak, als dritter Sohn des Unternehmers Hussein Al-Hashimi und seiner Gattin Salima Al-Hashimi, geboren.

Im Jahre 1944 trat ich in die Volksschule in Bagdad ein.

Im Jahre 1951 besuchte ich The Adamya Secondary School for Boys in Bagdad, wo ich 1956 mein Abitur bestand.

Von Anfang 1956 bis Ende 1957 studierte ich Chemie an der Universität Bagdad.

Im Dezember 1957 begann ich mit dem Studium der Medizin in München. 1960 bestand ich das Vorphysikum an der Universität München. 1961 studierte ich 2 Semester an der Universität Heidelberg. Im Wintersemester 1962/63 wechselte ich nach Erlangen über. Hier bestand ich im Sommersemester 1963 das Physikum. Anschliessend wechselte ich wiederum nach München über. Hier bestand ich am 21.12.1967 das Medizinische Staatsexamen.

